

UNIVERSIDAD DE CUENCA



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Niveles de depresión en hombres y mujeres adictos internos en un Centro de Rehabilitación en Cuenca

Trabajo de titulación previo a la obtención
del título de Psicóloga Clínica

Autora:

Verónica Andrea Lazo Crespo

C.I 0103921540

Directora:

Mgst. Juana Lucía Carrasco Vintimilla

C.I 0103631131

Cuenca - Ecuador

Marzo - 2019

RESUMEN

El presente trabajo final de titulación indagó los niveles de depresión en hombres y mujeres adictos internos en un centro de rehabilitación en Cuenca. Tuvo como objetivo principal medir los niveles de depresión dentro de dicha población. Esta investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo y transversal de modalidad no experimental y de alcance correlacional. Para alcanzar los objetivos planteados, el proceso de recolección de información se realizó mediante la aplicación de una encuesta sociodemográfica y la escala de Hamilton para la depresión, misma que determinó los niveles de depresión de los participantes. El grupo de estudio estuvo conformado por los 64 usuarios de los cuales 33 fueron hombres y 31 mujeres adictos internos en el centro de rehabilitación CETAD 12 PASOS, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 63 años. Entre los principales hallazgos de este estudio se destaca que la depresión en la población adicta está relacionada en mayor medida al nivel grave, los niveles más altos de depresión están presentes en el sexo masculino, del mismo modo se encontró altas tasas de depresión en los adictos que reportaron haber perdido a su pareja. Respecto a la ocupación los niveles más altos de este trastorno se ubicaron en la población trabajadora. En cuanto a la edad, nivel de instrucción y sustancia de consumo no se encontró relación estadísticamente significativa. Finalmente se encontró que la población era multiconsumidora, situando así al alcohol, marihuana y cocaína como las drogas más consumidas.

Palabras Clave: Depresión. Hombres. Mujeres. Adicción. Internos.



ABSTRACT

The present bachelor thesis analyzed depression levels in addicted men and women inpatient in the rehabilitation center in Cuenca. Its main objective was to measure the levels of depression within this population. This research was carried out under a quantitative and transversal methodology of non-experimental modality and of correlational scope. To achieve the objectives set, the information collection process was carried out by applying a sociodemographic survey and the Hamilton scale for depression, which determined the levels of depression of the participants. The study group consisted of 64 individuals, in which 33 were men and 31 were addicted women in the CETAD 12 PASOS rehabilitation center, whose ages ranged between 18 and 63 years. When analyzing the results, it was found that depression in the addicted population is related to a greater extent to the severe level, the highest levels of depression are present in the male sex. Similarly, high rates of depression were found in addicts who reported having lost their partner. Regarding labor role, the highest levels of this disorder were located in the working population. Regarding age, level of education and substance consumption, no statistically significant relationship was found. Finally, it was found that the population was multiconsumidora, placing alcohol, marijuana and cocaine as the most consumed drugs.

Keywords: Depression. Man. Women. Addiction. Inpatients.



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	0
ABSTRACT.....	2
AGRADECIMIENTO	6
DEDICATORIA	7
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	8
PROCESO METODOLÓGICO	18
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	21
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características de los participantes	21
Tabla 2 Correlación del nivel de depresión según nivel de educación	26
Tabla 3 Correlación del nivel de depresión según tiempo de consumo.....	27
Tabla 4 Sustancia de mayor consumo.....	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Nivel de depresión de la población en general	22
Figura 2 Correlación del nivel de depresión según edad	22
Figura 3 Correlación del nivel de depresión según el sexo	23
Figura 4 Correlación del nivel de depresión según estado civil	25
Figura 5 Correlación del nivel de depresión según la ocupacion	26

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el
Repositorio Institucional

Verónica Andrea Lazo Crespo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Niveles de depresión en hombres y mujeres adictos internos en un Centro de Rehabilitación en Cuenca”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asímismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que se realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 13 de marzo de 2019



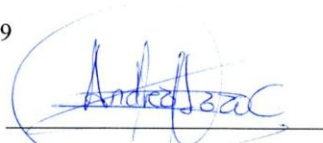
Verónica Andrea Lazo Crespo

C.I: 0103921540

Cláusula de Propiedad Intelectual

Verónica Andrea Lazo Crespo, autora del trabajo de titulación “Niveles de depresión en hombres y mujeres adictos internos en un Centro de Rehabilitación en Cuenca”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de marzo de 2019



Verónica Andrea Lazo Crespo

C.I: 0103921540



AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad de Cuenca, de manera especial a la Facultad de Psicología, quien por segunda ocasión me brindó la oportunidad de formarme no solo en el plano académico sino también humano y profesional, a cada uno de los docentes que durante esta trayectoria me brindaron su experiencia y conocimiento para poder reconocer que detrás de un problema se esconde un ser humano.

A la Mgts. Juana Carrasco directora del trabajo de Titulación, por el apoyo y la guía brindada durante todo este proceso.

Al Centro Especializado en el Tratamiento de Alcohol y Drogas CETAD 12 PASOS por darme la apertura y guía para la realización de esta investigación.

Por ultimo quiero agradecer a mi familia y amigos por toda la confianza que han puesto en mí.



DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios, por haberme dado la sabiduría y perseverancia para culminar con éxito mi vida universitaria.

A mi padre que desde el cielo en todo momento ha sido quien llena de luz mi camino.

A mi madre y mis hermanos quienes en todo momento me han apoyado.

De manera especial este trabajo va dedicado a mi esposo quien con su amor y paciencia me ha dado la fuerza para no darme por vencida y luchar por cada una de mis metas.

A mis hijos Kevin, Mily y Sofi por ser mi motivación a lo largo de estos años.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Según un artículo publicado en el diario El Metro en febrero del 2017, el Ecuador ocupa el décimo primer lugar de los países de Latinoamérica con más casos de depresión, y se estima que para el 2030 este trastorno será la primera causa de incapacidad (Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

Debido a su alta prevalencia la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) describe a la depresión como una de las patologías con mayor incidencia a nivel mundial, se calcula que esta enfermedad ha afectado a más de trescientos millones de personas en todo el mundo y se estima que del 8 al 12% padecerán este trastorno en algún momento de su vida, así pues, se identifica que su índice más alto se encuentra asociado al sexo femenino, en cuanto a sus síntomas característicos pueden presentarse a cualquier edad, sin embargo, su índice más alto se sitúa entre los 15 y 45 años.

Desde el punto de vista conceptual, la depresión ha sido definida como “un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza” (Zarragoitia, 2011, p.5). De igual manera esta entidad clínica ha sido definida “como una alteración patológica del ánimo, acompañada por síntomas emocionales, cognitivos y conductuales que alteran el funcionamiento de las personas, tiene un tiempo mínimo de dos semanas de duración y puede extenderse durante meses e incluso años” (Seijas, 2014, p.79).

En concordancia con lo antes expuesto, la depresión presenta una serie de características propias como el estado de ánimo bajo, disminución del placer, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso motor, pérdida de energía, falta de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 161)

Actualmente se conoce que la depresión es causada por una compleja interacción entre factores biológicos-genéticos, sociales y psicológicos (Feldman, 2010).

El enfoque biológico-genético sostiene que la depresión es el resultado de la disminución de algunos neurotransmisores esenciales como la serotonina, noradrenalina y dopamina, la deficiencia especialmente de la serotonina trae como consecuencias problemas de memoria, conducta y estado de ánimo, este déficit de monoaminas también se relaciona con una transmisión genética de padres a hijos, es decir que las personas con familiares en primer



grado que hayan padecido esta enfermedad presentan mayor probabilidad de desarrollar dicho trastorno (Montes, 2015).

Desde un enfoque social, la depresión es considerada como una enfermedad desencadenada por varios eventos sociales, Díaz, Torres, Urrutia, & Moreno (2006) manifiesta que el sexo, la edad, la pérdida de la pareja, el nivel socioeconómico bajo, la inestabilidad laboral, el vivir alejado de la urbe, y las dificultades laborales y familiares contribuyen en la aparición de este trastorno, así también, Felman (2010) señala que existen otras variables sociales concomitantes como el abuso sexual, consumo de drogas, maltrato infantil e incluso el estrés, son considerados como factores de riesgo para desarrollar cuadros depresivos, en base a lo antes expuesto se puede decir que la depresión no solamente constituye un problema de salud, sino que forma parte de un fenómeno social creciente en la actualidad.

Desde la psicología, la depresión ha sido descrita a partir de diferentes corrientes que han tratado de explicar su psicogénesis, en el presente trabajo se abordaran las más importantes.

Para el *psicoanálisis* el origen de la melancolía, termino propio establecido por esta corriente, para referirse a la depresión, dice ser el resultado de los conflictos inconscientes que vienen dados por experiencias traumáticas pasadas de origen sexual y erótico que explican la conducta actual. Freud mantuvo que esta entidad clínica es producida por un estado de tención sexual psíquica, lo cual produce una perturbación en el afecto, años después, Freud (1920) en su obra “Más allá del principio del placer” manifiesta que se da una unión o enlace libidinal al momento de la elección del objeto, posteriormente deviene su pérdida que puede ser material (muerte del objeto amado) o ideal (pérdida como objeto erótico), cuando no se da el desplazamiento de la libido a otro objeto, una parte de esta carga libidinosa se identifica con el yo dándose una sensación de abandono, de allí expone que la melancolía “es un duelo provocado por el aumento de la libido”, en la cual los sujetos más fuertes son atacados por la neurosis de angustia y los débiles por la melancolía (Ávila, 1990).

Cuando hablamos de depresión generalmente tendemos a pensar en una problemática individual, rompiendo con este paradigma está la perspectiva *sistémica*, esta corriente integra al hombre como elemento de un sistema, donde su conducta altera toda la organización, y la estructura de esta, también lo afecta, ya que su mundo está constituido por múltiples relaciones (Arbeláez, 2017)

Si bien es cierto, este enfoque no proporciona una definición de depresión como tal, pero sienta las bases para entender la patología dentro del sistema, en este sentido el paciente identificado no es más que el reflejo del mal funcionamiento de la familia, es así que el síntoma toma un valor comunicativo, y se puede decir que es una parte de la conducta que ejerce efectos profundos sobre el sistema, influyendo en todos sus miembros, cumpliendo así la función de mantener el equilibrio, es por ello que no es considerado algo negativo, sino que se constituye en el fundamento para conocer lo que sucede en el interior de la familia (Soria, 2010)

En base a lo expuesto se puede decir que la depresión presente en alguno de sus miembros solo es un intento del sistema por encontrar el equilibrio y evitar su desintegración.

Por otro lado, uno de los enfoques que más soporte científico tiene en el campo de la depresión es el cognitivo conductual, dota importancia a los procesos cognitivos al señalar que estos juegan un papel importante en el inicio, curso y mantenimiento de esta enfermedad (Rivadeneira, Dahab & Minice, 2013).

Dentro de este mismo punto de vista, Beck (2009), considera que existe una relación entre las creencias, los pensamientos y emociones de los seres humanos, de este modo la depresión es el producto de una percepción errada de sí misma, del mundo y del futuro, dicho de otro modo, la construcción del pensamiento se basa en la forma que se procesa la información proveniente del exterior, así pues, la anhedonia, irritabilidad, aislamiento, entre otros, son el resultado de la deformación de la realidad y su interacción con la misma, a estos errores en el procesamiento de la información Beck los llamó distorsiones cognitivas, pues alteran las respuestas tanto emocionales, cognitivas y conductuales (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2012).

En consecuencia, se puede sintetizar que el procesamiento cognitivo distorsionado es el que favorece a la génesis de la depresión, y sin importar cuál sea su etiología, las distorsiones cognitivas actúan como un factor mantenedor de este trastorno (Rivadeneira et al., 2013).

Como se hizo referencia anteriormente, Beck et al. (2012) plantean la triada cognitiva como medio para explicar la depresión desde una perspectiva psicológica, la primera es la *visión negativa de sí mismo*, la cual está basada en las experiencias desagradables que son atribuidas a defectos suyos ya sean físicos o psicológicos, lo cual conlleva a autocríticas basadas en sus defectos, así pues considera que carece de los elementos necesarios para lograr ser y sentirse feliz; el segundo componente se centra en la *visión negativa del mundo*,

caracterizado por la percepción de las demandas del entorno como obstáculos imposibles de superarlos para alcanzar sus objetivos, lo que lleva a interpretarlos como derrota y frustración; un último aspecto que consideran estos autores es la *visión negativa del futuro*, en la cual la persona tiene la percepción de que su situación actual no va a cambiar y sus dificultades y sufrimientos continuarán indefinidamente, es por ello que Beck sostenía que las personas son las responsables de la mayor parte de sus sentimientos desadaptados, por lo tanto, disponen de los recursos necesarios para modificar sus pensamientos.

A cerca de las consecuencias de la depresión Alvarado, Gómez & Rondón (2016) exponen que este trastorno está ligado a cambios en el comportamiento, problemas somáticos, deterioro de las relaciones familiares, sociales y laborales, sin embargo, las consecuencias más graves están relacionadas al consumo de alcohol u otras sustancias, así como el riesgo suicida, de hecho, la depresión aumenta considerablemente la probabilidad de intentos de autolisis en la población adicta.

Para evaluar la depresión, en 1960 Max Hamilton, elaboró un instrumento para medir la severidad de sus síntomas clínicos, ya que no todas las personas experimentan características similares, este autor categorizó a la depresión en cuatro niveles; leve, moderado, grave y muy grave, los cuales dependerán de la intensidad, frecuencia y duración de sus síntomas.

Hoy en día el trastorno del estado de ánimo no es el único problema que se ha convertido en un tema de atención clínica y ha llamado la atención de múltiples investigadores, el consumo de sustancias tanto legales como ilegales también representan un problema creciente y en torno a lo cual se han centrado diversos estudios ya que a pesar de las consecuencias que provoca su abuso, en la última década el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y heroína se ha incrementado a nivel mundial, siendo de este modo las drogas lícitas e ilegales más consumidas (Riofrio, 2010).

Dicho esto, es conveniente conocer lo que es una droga, este término hace referencia a toda sustancia natural o sintética “de uso no médico, con efecto psicoactivo capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, p. 2).

Al concepto de droga se liga el de adicción y drogodependencia que han sido utilizados por varios años como sinónimo de una misma problemática social, por lo cual es importante su conceptualización.

La OMS (2017) define la drogodependencia como:

Un estado de intoxicación crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por la retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad citado por (Del Moral, Ladero, & Lizasoain, 2009, pág. 5).

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIH, 2018), también define la drogodependencia como “una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y consumo compulsivo de drogas,” (p. 5)

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) describen las características más comunes del trastorno por consumo de sustancias, lo cual contempla una variedad de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que se identifican en los consumidores.

El diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias está basado en un patrón patológico del comportamiento cuyos aspectos principales giran en torno a cuatro criterios principales como: el consumo de gran cantidad de sustancia por un tiempo prolongado, el deseo fallido de dejar o regular su consumo, la cantidad de tiempo invertido consiguiendo la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos, y un intenso deseo de consumo sin importar las problemáticas que pueda provocar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Para una mejor comprensión la OMS (2004) clasifica a las drogas según su efecto sobre el sistema nervioso central, dentro de esta clasificación están las drogas depresoras, las mismas que retardan el funcionamiento del sistema nervioso produciendo alteración de la conciencia, dando como consecuencia sensación de relajación y bienestar momentáneo, se consideran drogas depresoras al alcohol, los opiáceos, como la morfina, heroína y metadona; dentro de esta clasificación también se encuentran los estimulantes, los mismos que se encargan de acelerar la actividad del sistema nervioso provocando euforia, disminución del sueño, excitación motora, irritabilidad y agresión, el estimulante más conocido y consumido es la cocaína, por último se encuentran los alucinógenos, estos tienen la capacidad de alterar la manera de percibir el mundo exterior alterando el estado de ánimo y los procesos de pensamiento, dentro de los alucinógenos se encuentra la marihuana, el LCD, peyote, entre otros.

Según (Borja, 2016) en el Ecuador la droga legal de mayor consumo es el alcohol, en cuanto a las drogas ilegales; la marihuana ocupa el primer lugar seguida de la cocaína, anfetaminas y heroína, sin embargo este panorama es el mismo a nivel mundial. Guzmán (2015).

Del Moral et al. (2009), indican que la dependencia se da en torno a aspectos físicos, psicológicas y sociales, los que presentan síntomas y características propias y están determinadas por causas específicas (p.9).

La dependencia física, llamada también neuroadaptación está caracterizada por la “necesidad de mantener un nivel determinado de droga en el organismo,” en este tipo de dependencia se puede identificar dos componentes importantes, la tolerancia y el síndrome de abstinencia. (Del Moral et al. 2009, p.9).

La dependencia psicológica o craving “es un estado de deseo y ansiedad por el consumo de drogas para sentir los efectos placenteros de su consumo, tratando de inhibir el malestar que produce la ausencia de drogas en el organismo”. (Del Moral et al. 2009, p.11).

Por último, Del Moral et al. (2009) hablan de una dependencia social, “la cual está determinada por la necesidad de consumo como medio de aceptación, pertenencia y cohesión dentro de un determinado grupo” (p.14).

Si bien es cierto que al principio las drogas producen un efecto placentero y en casos alucinógeno, sin embargo, el abuso también provoca consecuencias graves a nivel físico, psicológico y social. Entre las consecuencias de la drogodependencia se puede citar el desajuste neuroquímico y funcional del cerebro, ya que se produce una liberación excesiva de neurotransmisores, especialmente de dopamina y serotonina, este incremento de monoaminas intervienen en la motivación, memoria y control cognitivo, otra consecuencia del abuso de estupefacientes son las alteraciones del ánimo, pues se puede pasar de un estado de relajación total a sentirse irritable y agresivo sin causa aparente (craving), en el transcurso de una adicción los problemas familiares y sociales también son frecuentes, en lo familiar, la comunicación y la interacción en general se ven disminuidas, en lo social deviene la pérdida de amigos, aislamiento social e incluso la pérdida de trabajo lo que conlleva a un deterioro económico, finalmente la consecuencia más fatal de la drogodependencia es la muerte ya sea por sobredosis o por contagio de alguna enfermedad (Corbín, s.f).

De acuerdo a la bibliografía revisada la depresión y el trastorno por consumo de sustancias han sido un tema de interés general, manteniendo un amplio campo de investigación, sin

embargo, la asociación de la depresión con la drogodependencia es un tema que también ha generado interés y preocupación sobre todo en el campo de las adicciones, Torres, Mestre, Montanari, Vicente & Salvan (2017) señalan que la coexistencia de ambas patologías en los últimos años ha adquirido notable relevancia ya que diversas investigaciones en el campo clínico han demostrado una alta prevalencia.

Los estudios actuales manifiestan que las personas que presentan una comorbilidad entre la depresión y el consumo de sustancias tiene una alta tasa de recaída en contraste con aquellas que presentan un trastorno mental a la vez Torres et al. (2017), desde este mismo punto de vista Mora & García (2018) mencionan que “los trastornos del estado de ánimo son los asociados con mayor frecuencia al consumo de sustancias (...)” además, estos autores manifiestan que “la depresión constituye la comorbilidad más común con el trastorno por consumo de sustancias”; y su prevalencia varía entre el 80 y el 90%, así mismo Slotter (2010) refiere que “los pacientes con depresión presentan el doble de posibilidades de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias o viceversa” (p. 72).

Según Cobos (2015) esta comorbilidad hace que el curso de ambos trastornos sea desfavorable dándose una respuesta menos eficaz en el tratamiento y más aún en el pronóstico de los pacientes que buscan la deshabituación de sustancias, ya que alteran el comportamiento trayendo consecuencias negativas tanto a nivel físico, conductual, cognitivo y emocional (Nabona, 2017).

No existe un acuerdo acerca de si estos trastornos depresivos que aparecen en pacientes adictos son primarios, es decir previos al consumo o si son consecuencia del mismo, sin embargo, la sintomatología depresiva puede aparecer en cualquiera de sus fases como la intoxicación o abstinencia, de este modo su aparición dificulta la deshabituación al consumo, acrecentando así el riesgo de recaídas (Arias, 2011). De ello deriva la importancia de diagnosticar los trastornos depresivos dentro de esta población para poder brindar una atención integral, y acorde a las necesidades de cada paciente.

En la revisión bibliográfica realizada por diferentes autores tanto a nivel internacional, nacional y local, se ha encontrado diversas investigaciones sobre los niveles de depresión relacionados con variables sociodemográficas, del mismo modo se exponen algunos estudios sobre la comorbilidad entre la depresión y consumo de sustancias.

Con relación a las variables sociodemográficas, en España, Martud et al. (2005) investigaron sobre la asociación de la depresión con el sexo, la edad, el estado civil, y el nivel de estudio, concluyendo así que las mujeres son las que mayor depresión presentaban en cualquiera de sus niveles, estos autores ubican su pico máximo los 34 años como la edad de mayor prevalencia depresiva observada, también se evidencian que las personas divorciadas presentan niveles considerables de depresión, y en cuanto al nivel educativo, este estudio determinó que las personas con bajo nivel de estudio son vulnerables a este trastorno.

En México, Gómez et al. (2004) analizaron la prevalencia de la depresión y factores asociados como el sexo, edad y sustancia de consumo, sus resultados revelaron nuevamente que las mujeres presentan una tasa más alta dentro del nivel de depresión moderado y grave en relación a los hombres que su puntuación más alta se ubicó en depresión moderada, la edad de mayor prevalencia de depresión en la población en general se encontró entre los 30 y 45 años, en cuanto a las sustancias de consumo, este estudio confirmó que las personas que consumían alcohol y marihuana presentan una mayor probabilidad de desencadenar síntomas clínicos depresivos, por último, la población en general presentó un nivel de depresión moderado.

Por otra parte, en relación al estado civil, en Argentina, Bastida et al. (2017) estudiaron el estado civil como un factor protector de depresión y ansiedad, este estudio demostró que las personas divorciadas o en proceso de separación presentan un mayor nivel de depresión, del mismo modo encuentran que actualmente los síntomas depresivos en hombres se han visto incrementados, pues estos autores evidencian que la depresión en su nivel grave está presente en este sexo.

En Colombia, Londoño & González (2016) analizaron la prevalencia de depresión y factores asociados, entre los cuales se encuentra el nivel educativo, los resultados de este estudio mencionan que a menor nivel educativo mayor son las posibilidades de padecer de depresión, en este mismo país.

En cuanto a la patología dual, en España Morales et al. (2011) realizaron un estudio en el cual se pretendió caracterizar la depresión asociada al consumo de sustancias, estudio que concluye que la prevalencia de la depresión en personas adictas es alta y tiende a seguir creciendo.

En México, el estudio realizado por Marín et al. (2013) sobre la prevalencia de la comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en una

muestra de participantes masculinos lograron demostrar la relacionan de este trastorno con la depresión.

Ruiz (2017) en Colombia realizó un estudio comparativo de los niveles de depresión en consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas internos en un centro penitenciario, los resultados arrojados por esta investigación muestran que el 80% de la población de reclusos que no consumen, presentan un nivel leve de depresión, mientras que más de la mitad de reclusos consumidores de alguna droga presentan depresión severa.

En el Ecuador en la ciudad de Quito, Bustos (2012) analizó la prevalencia de patología dual en el consumo de sustancias, encontrando una relación entre el trastorno por consumo de sustancias y depresión.

En la ciudad de Esmeraldas, Hurtado (2013) relacionó la depresión con el consumo de sustancias en pacientes que acuden a una unidad de salud mental, este estudio permitió conocer que los trastornos por consumo de sustancias están directamente relacionados con síntomas depresivos, independientemente de cual sea sus causas.

A nivel local, en Cuenca, Araujo & Clavijo (2016) estudiaron la ansiedad y depresión en adultos varones en proceso de internamiento, de acuerdo a la etapa del proceso, este estudio concluye que el nivel de depresión presente en estas personas varía de acuerdo a la etapa del proceso, se observó la existencia de un nivel de depresión grave en aquellas personas que recién se integraban al tratamiento, lo cual disminuía paulatinamente.

En este mismo contexto, Ordoñez (2016), investigó la prevalencia de patología dual y factores de riesgo en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, luego de su respectivo análisis se obtuvo que la prevalencia de patología dual asociada a los trastornos adictivos es del 74, 5%, los trastornos más relevantes fueron la ansiedad seguida por la depresión.

Finalmente, en Cuenca se cita a Heredia & Morocho (2017), identificaron los niveles de ansiedad y depresión en los usuarios drogodependientes en las distintas etapas del tratamiento, este estudio concluye que el nivel de depresión moderada prevalece en la etapa de progreso, también determinaron que en la etapa de egreso se observó un nivel considerable de depresión leve.

En relación a los estudios revisados, la depresión y las adicciones se encuentran asociadas a múltiples variables sociodemográficas que pueden iniciar y mantener el curso de las mismas, es por ello que la motivación para la realización de esta investigación está

relacionada a lo observado desde la experiencia preprofesional realizada en un centro de adicciones en la ciudad de Cuenca, ya que generalmente se toma al trastorno por consumo de sustancia como una patología única, dejando de lado la probabilidad de la coexistencia de una patología dual. Por otro lado, la interacción entre depresión y el consumo de sustancias plantea un nuevo reto para los futuros profesionales de la salud mental, por lo que se considera necesario proveer de un mayor conocimiento a las personas que laboran dentro de este ámbito.

El Centro Especializado en el Tratamiento de Alcohol y Drogas (CETAD) 12 pasos, ha mostrado interés en colaborar con la presente investigación, proporcionando los casos requeridos para su estudio. Los resultados obtenidos beneficiarán de manera directa a los participantes mediante el cuerpo técnico de la institución.

Por lo antes mencionado se plantean las siguientes preguntas de investigación ¿Cuál es el nivel de depresión en adictos de un centro de rehabilitación de Cuenca? ¿Cuál es el nivel de depresión de los adictos de un centro de rehabilitación considerando variables sociodemográficas? ¿Cuál es la sustancia de mayor consumo de los adictos internos en un centro de rehabilitación?

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas se define como objetivo general: Medir los niveles de depresión en adictos internos en un centro de rehabilitación de Cuenca, como objetivos específicos: Correlacionar el nivel de depresión en adictos según variables sociodemográfica como edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, nivel de instrucción, sustancia y tiempo de consumo de adictos internos en un centro de rehabilitación de Cuenca; Identificar cual es la sustancia de mayor consumo de los adictos internos en el centro de rehabilitación.

PROCESO METODOLÓGICO

La presente investigación tiene un **enfoque** cuantitativo, ya que se utilizó instrumentos de medición, siguiendo los pasos de recolección, procesamiento y análisis de los datos. Tiene un **tipo de diseño** no experimental, ya que las variables que son objetos de estudio no fueron manipuladas observando el fenómeno en su contexto natural; tiene un diseño transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un único momento. El **alcance** del estudio es de **tipo correlacional** ya que se busca conocer la relación que existe entre las variables objeto de estudio.

La **población** que participó en esta investigación estuvo constituida por todos los 64 usuarios de CETAD 12 PASO de la ciudad de Cuenca, de los cuales 33 fueron hombres y 31 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 63 años, del total de participantes 47 de ellos eran adultos jóvenes; con referencia al estado civil, se determinó que 22 personas eran civilmente solteros, 11 contaban con una pareja (casados y unión libre), y 31 pacientes habían perdido a su pareja (divorciados, separados y viudos), 53 pacientes residían en una zona urbana y 11 en una zona rural; además se encontró que 32 internos se dedicaban a trabajar y 22 a estudiar; en relación al nivel de estudio se encontró que 30 de ellos habían terminado la secundaria y 22 tenían estudios superiores.

Se toma como **criterios de inclusión**: usuarios que hayan otorgado su consentimiento informado, personas adultas igual o mayores a los 18 años hasta los 63 (hombres y mujeres) internos en dicha institución, consumidores tanto de sustancias legales como ilegales; personas que sepan leer y escribir; como **criterios de exclusión** se toma a las personas adultas, igual o mayores a los 18 años (hombres y mujeres) con síntomas psicóticos, personas con deterioro cognitivo que limite su capacidad para responder el cuestionario, personas que no otorguen su consentimiento informado y menores de edad.

Instrumentos:

a) **Ficha sociodemográfica**: La cual fue elaborada por la autora del presente trabajo para la recolección de datos que permitió determinar las características sociodemográficas de la población como: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, entre otras (ver anexo 1).

b) **Escala de Depresión de HAMILTON**: Max Hamilton en el año de 1960 creó la escala para la depresión, cuyo objetivo fue la valoración de la gravedad de los síntomas

depresivos, esta escala inicialmente constaba de 24 ítems, posteriormente fue revisada y modificada por el mismo autor en 1967 reduciéndola a 21 ítems (Purriño, s.f). Sin embargo, en 1986 Ramos, Brieva y Cordero realizan la adaptación y validación al español de la escala reducida de 17 ítems, siendo esta escala una de las más ampliamente utilizadas en el campo clínico ya que posee una buena consistencia interna o alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92 además de ser la que se utilizó para el siguiente estudio (ver anexo 2).

Es una escala heteroaplicable ya sea de forma grupal o individual, contempla entre tres y cinco opciones de respuestas en escala tipo likert, que mide la depresión en estos niveles: leve, moderado, grave y muy grave, y además mide síntomas de ansiedad, comportamentales, vegetativos y cognitivos.

Su puntuación total oscila en un rango de 0 a 52, la cual permite establecer los niveles de depresión de la siguiente manera.

No depresión: 0-7 puntos

Depresión leve: 8-13 puntos

Depresión moderada: 14-18 puntos

Depresión grave: 19-22 puntos

Depresión muy grave: >23 puntos

Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación, se inició con la petición del permiso al Director Técnico de CETAD 12 PASOS, luego de explicarle el objetivo perseguido procedió a la entrega de la autorización la misma que fue entregada por escrito.

La recolección de información se realiza en dos momentos: en el primero se obtuvo la autorización de los participantes para acceder a su información mediante la firma del consentimiento informado, en donde se explicó los objetivos del estudio y los beneficios que tendría, también se explicó que la participación es de forma voluntaria, las herramientas utilizadas serán entregadas de forma anónima guardando así la confidencialidad de los datos y los resultados obtenidos serán netamente de carácter investigativo.

En un segundo momento se realizó la aplicación de la ficha sociodemográfica y la escala de Hamilton en dos grupos, hombres y mujeres, cuya aplicación tardó alrededor de 50 minutos en cada grupo. Antes de empezar se explicó a los grupos que cada pregunta completa una puntuación entre 0 y 5, siendo 0 sinónimo de ausencia y 5 de mayor frecuencia, también se les

indico el significado de algunas palabras como hipocondría e introspección ya que estos términos eran desconocidos para los participantes.

Procesamiento de los datos.

Para el procesamiento y análisis de resultados se realizó una base de datos que permitió el análisis de los mismos.

La interpretación de la escala depresión permitió medir las puntuaciones para luego interpretarlas en cada nivel. Para la fase de puntuación se emplearon medidas de tendencia central y dispersión; el comportamiento de los datos resultó no normal ($p > 0.05$), por lo que se emplearon pruebas no paramétricas: la prueba de comparación de medianas para dos grupos U-Mann Withney y la prueba H-Kruskal Wallis para más de dos grupos, además para realizar las correlaciones entre características de los consumidores y puntuación de depresión se empleó el coeficiente rho de Spearman, los resultados sobre los niveles de depresión se representan mediante medidas de frecuencia absolutas. El procesamiento de los datos fue realizado en el programa estadísticos para las Ciencias Sociales (SPSS versión 25.0) y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016. Para una mejor comprensión se emplearon tablas, diagramas de columnas apiladas y diagramas de cajas y bigotes, las decisiones fueron consideradas con un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$).

Aspectos éticos.

En cumplimiento con los requerimientos éticos según el APA 6ta edición (2016) para las investigaciones, se procedió a solicitar el consentimiento informado a los participantes (Ver anexo 3). De la misma manera, se garantizó que el uso de la información recolectada será únicamente para fines académicos, evitando la manipulación de la información que pudiera afectar la integridad de los participantes. Con respecto al principio de responsabilidad social de la Universidad de Cuenca, los resultados serán socializados con la institución participante una vez que el trabajo sea presentado, con la finalidad de que tanto las autoridades, familiares de los usuarios y los usuarios conozcan los datos y conclusiones obtenidos de la investigación.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Caracterización de la población

El estudio fue realizado con los 64 usuarios de CETAD 12 PASO de la ciudad de Cuenca, de los cuales 33 fueron hombres y 31 mujeres, su edad estuvo comprendida entre 18 y 63 años con una media de 31.83 (DE=12.15). Los 47 pacientes eran adultos jóvenes. Con referencia al estado civil, se determinó que 22 eran solteros, 11 contaban con una pareja (casados o unión libre) y el restante correspondiente a 31 participantes habían perdido a su pareja (divorcio, separación o viudez). Del total de la población 53 de ellos residían en una zona urbana y 11 en una zona rural. Además 32 personas antes de su internamiento se dicaban a trabajar. Con respecto al nivel de estudio 30 personas reportaron haber terminado la secundaria y 22 tenían estudios superiores.

Tabla 1.
Características de los participantes

Característica			n
Sexo	Hombre		33
	Mujer		31
Edad	Adolescente tardío		5
	Adulto joven		47
	Adulto medio		12
Estado civil	Soltero		22
	Casado		8
	Divorciado		29
	Unión libre		3
	Viudo		2
Característica			n
Lugar de Residencia	Urbano		53
	Rural		11
Ocupación	Estudiante		22
	Trabajador		32
	Ambas		4
	Ninguno		6
Nivel de educación	Ninguna		3
	Primaria		9
	Secundaria		30
	Superior		22

Nota: Tabla de elaboración propia

Nivel de depresión general de los participantes

Se encontraron a 4 personas sin depresión, 14 personas con depresión leve, 11 con depresión moderada y de los 35 pacientes restantes sus niveles de depresión se ubicaron en los más altos (grave y muy grave), predominando el nivel grave con 22 personas.

Figura 1

Niveles de depresión general de los participantes

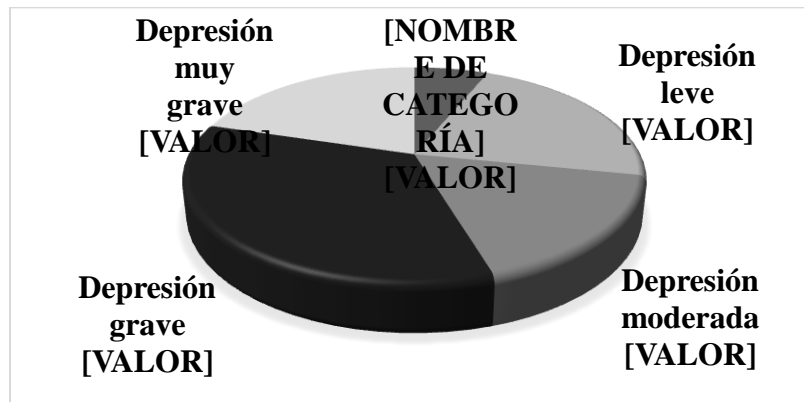
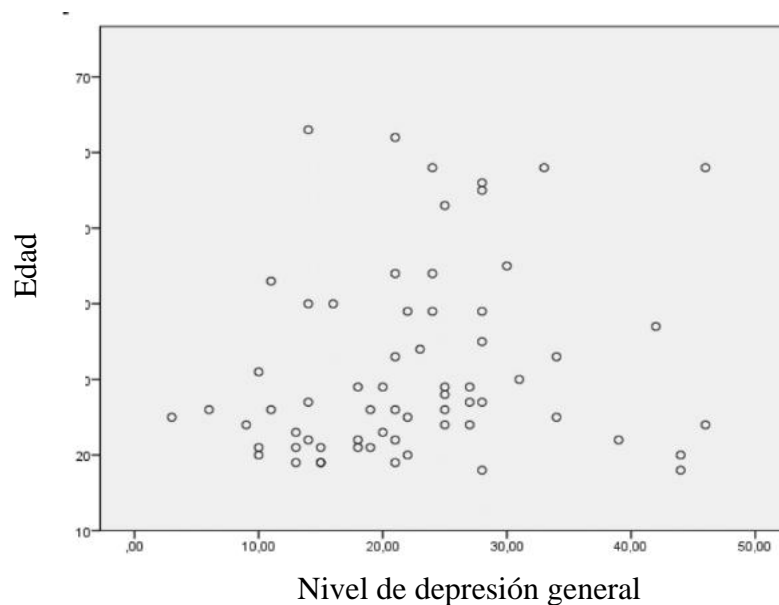


Figura 1. Frecuencia de pacientes en cada nivel de depresión

Este resultado es concordante con los estudios realizados por (Morales et al. 2011; Marín et al. 2013; Araujo & Clavijo, 2016; Ruiz, 2017; Heredia & Morocho, 2017), quienes identificaron que los niveles de depresión en la población adicta son altos, es así que en esta investigación los participantes denotan en su mayoría un nivel de depresión alto.

Figura 2

Correlación del nivel de depresión según la edad



En la correlación entre el nivel de depresión y la edad según las pruebas de Kendall (,172) y Rho de Spearman (,239) se encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas ($p > ,05$) debido a que el rango de edad es disperso.

Correlación del nivel de depresión según el sexo

La categorización del nivel de depresión en los participantes reveló que 19 de los 33 hombres tenían agudos niveles de depresión (grave y muy grave) mientras que 16 mujeres de 31 se ubicaron en estos mismos niveles, lo que indica que los hombres presentan los niveles más elevados de depresión dentro del grupo estudiado.

El nivel de depresión del grupo de varones osciló entre 4 y 29 puntos con una media de 16.85 ($DE=6.54$), mientras que en el grupo de mujeres fue entre 4 y 41 con una media de 20.68 ($DE=10.13$); existir una mayor dispersión de datos en el grupo de mujeres por lo cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estas variables, permitiendo afirmar que en esta investigación el nivel más alto de depresión se relaciona a los hombres, ($p = 0,034 < 0.05$).

Figura 3

Correlación del nivel de depresión según el sexo

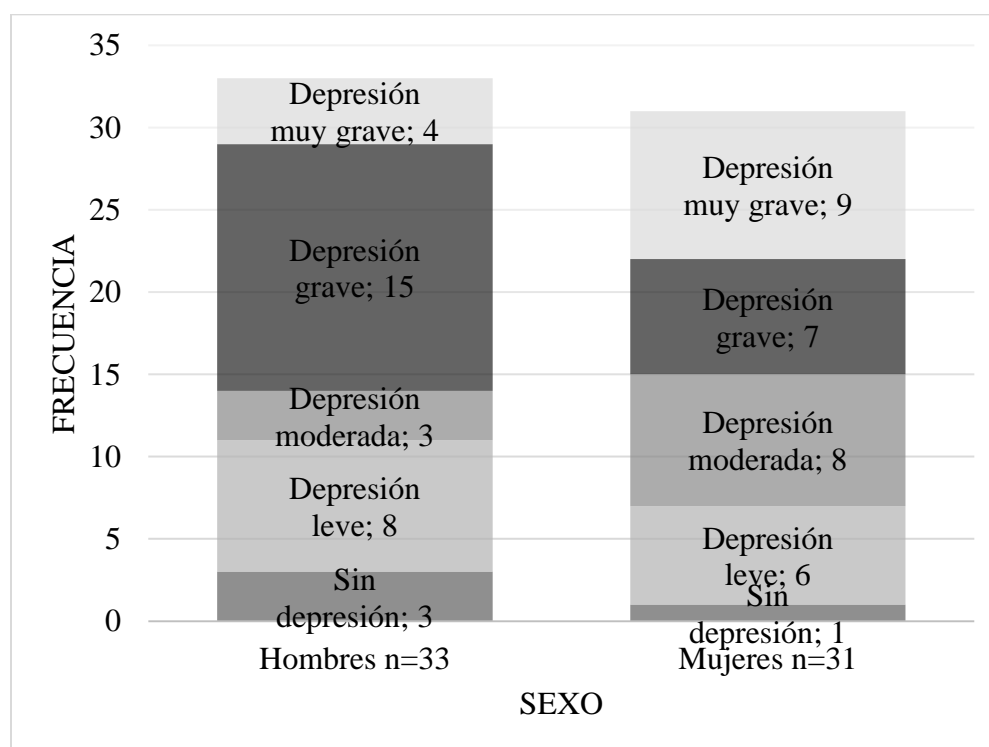


Figura 3. El gráfico de columnas apiladas muestra la frecuencia absoluta de

pacientes dentro de cada nivel de depresión según el sexo. Este resultado es paralelo al encontrado en Argentina por Bastidas et al. 2017 quienes afirman que actualmente la sintomatología depresiva en hombres se ha incrementada lo cual demuestra que existe similitud con los resultados obtenidos en esta investigación.

Correlación del nivel de depresión y estado civil.

Al considerar la cantidad de participantes existentes según su estado civil se decidió cambiarlo por “estado de pareja” ya que se creó 3 grupos de comparación” que estuvieron divididos de la siguiente forma: sin pareja formal (solteros), con pareja formal (Casados y unión libre), con pareja perdida (divorciados y viudos). Las puntuaciones de depresión obtenidas por los participantes sin pareja formal (solteros) oscilaron entre 4 y 41 puntos con una media de 16.18 (DE=10.5); en el grupo de pacientes con una pareja formal (casados o en unión libre) revelaron puntuaciones entre 4 y 29 puntos con una media de 15.91 (DE=7.94); finalmente aquellos pacientes que han perdido a su pareja formal ya sea por divorcio o viudez reportaron puntuaciones significativamente mayores a los dos grupos anteriores; oscilantes entre 14 y 41 puntos con una media de 21.48 (DE=6.63), así lo reveló la prueba no paramétrica de comparación de más de dos grupos H- Kruskal Wallis ($p = 0.008$). En la figura 4 se ilustra el comportamiento de los resultados. En la figura 4 se observa que fueron 23 pacientes con altos niveles de depresión (grave y muy grave) de las 31 personas que habían perdido a su pareja formal en comparación a 6 pacientes con los mismos niveles de depresión en el grupo sin pareja y con pareja.

Figura 4
Correlación del nivel de depresión y estado civil

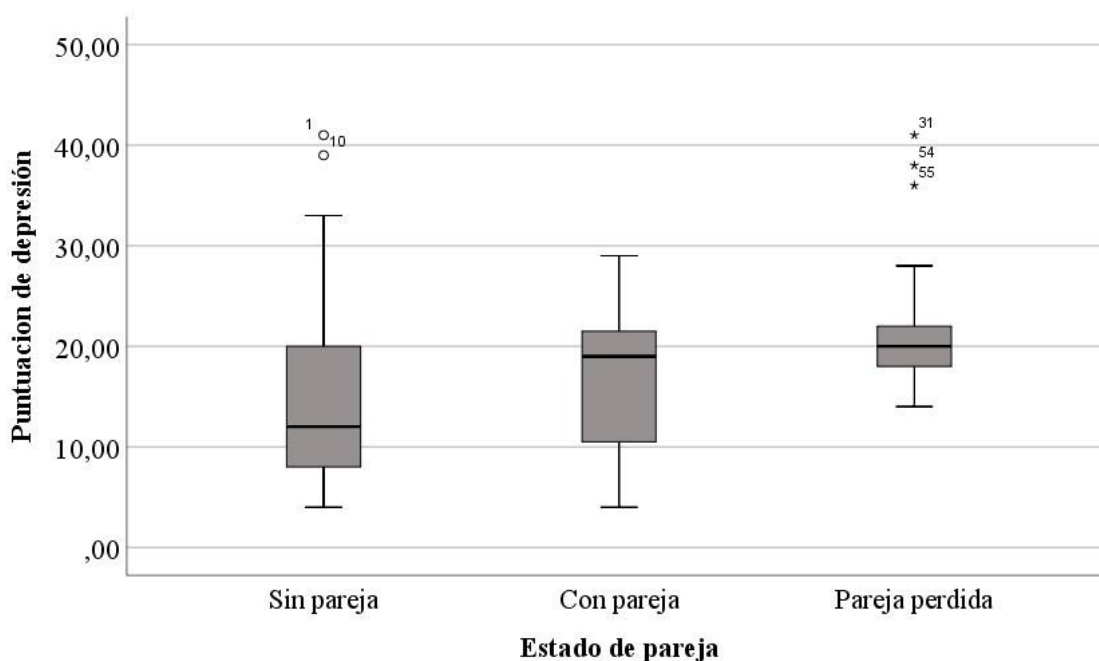


Figura 5. Los diagramas de cajas y bigotes muestran la distribución de resultados, cada línea horizontal representa los valores: mínimo, máximo y cuartiles. La amplitud del gráfico simboliza la dispersión de datos y los círculos externos los casos atípicos.

De acuerdo a la literatura revisada, este resultado es similar a los encontrados por (Martud et al. 2005; y Bastidas et al. 2017), estos autores afirman que los niveles de depresión tienden a elevarse cuando los sujetos reportan ser viudos o estar en proceso de divorcio.

Correlación del nivel de depresión según la ocupación de los participantes

La depresión de los usuarios que previo a su internamiento estudiaban oscilo entre 4 y 39 puntos con una media de 16.36 (DE=9.28); en este grupo se encontraron a dos casos atípicos con puntuaciones de 38 y 39. Por otra parte la depresión registrada en el grupo de pacientes que únicamente trabajaban se presentó entre 4 y 41 puntos con una media de 19.44 (DE=8.23), fueron en total 4 casos atípicos, 3 con puntuaciones por encima de 30 y 1 por debajo de 5, al

comparar ambos grupos de estudio no se encontraron diferencias significativas ($p = 0.0623$) en las puntuaciones a pesar de que los pacientes que trabajan tenían valores mayores.

Fueron en total 21 personas que presentaron pronunciados niveles de depresión que previo a su internamiento trabajaban, mientras que del grupo que antes de su internamiento estudiaban solo se encontraste con 8 pacientes. Es decir: los niveles más altos de depresión están relacionados al hecho de ser trabajador. En la figura 5 se pueden observar los detalles.

Figura 5
Correlación del nivel de depresión según ocupación

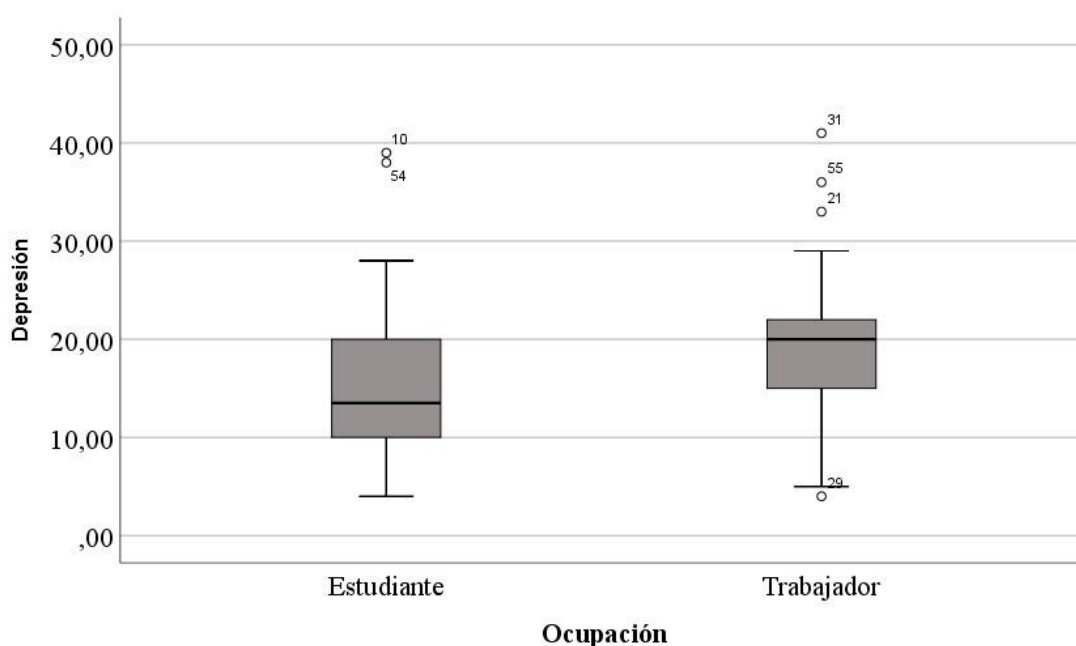


Figura 5. Los diagramas de cajas y bigotes muestran la distribución de resultados, cada línea horizontal representa los valores: mínimo, máximo y cuartiles.

A pesar que no se encontró diferencia estadísticamente significativa se puede observar que los usuarios que reportaron ser trabajadores antes de su ingreso presentaron mayor nivel de depresión lo cual coincide con los resultados encontrados en España por Martud et al. (2005) que manifiesta que los niveles más altos de depresión estaban relacionados a las personas que trabajaban.

Tabla 2
Correlación del nivel de depresión según nivel de educación

		Nivel de educación
Depresión	rs	-0,179
	p	0,157

Nota: tabla de elaboración propia

En cuanto al nivel educativo no se encontró ninguna correlación significativa, a pesar que los estudios realizados (Martud et al. 2005; y Londoño & González 2016) manifiestan que hay una alta correlación entre estas dos variables.

Tabla 3

Correlación del nivel de depresión según el tiempo de consumo

		Tiempo de consumo
Depresión	rs	0,208
	p	0,098

Nota: tabla de elaboración propia

En el análisis estadístico del nivel de depresión y tiempo de consumo, no se encontró ningún dato significativo dentro de esta población.

Tabla 4

Sustancia de mayor consumo

Sustancia de Consumo	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Alcohol y Marihuana	Alcohol y Cocaína	Marihuana y Cocaína	Alcohol Marihuana y Cocaína
	13	6	6	5	8	6	20
Otras sustancias	Cristales, heroína	Hongos, estaxis, LCD	Ketamina	LCD		LCD y peyote	LCD, éxtasis, hongos
	1	1	1	3		1	1

Nota: Tabla de elaboración propia.

Se identifica que gran parte de los participantes manifestaron ser multiconsumidores, siendo el alcohol, la marihuana u cocaína como las drogas más consumidas lo que concuerda con el estudio de Gómez et al. (2004).

CONCLUSIONES

Luego del analizar los resultados, se llega a las siguientes conclusiones:

El nivel de depresión de la población en general es elevado, pues se evidencia su más alto índice en los niveles grave y muy grave con 22 y 13 personas respectivamente; es decir, más de la mitad de los internos presentan un agudo nivel de depresión.

En cuanto a la edad no se pudo establecer cuál era la que se encontraba asociada a la depresión, pues sus datos fueron muy dispersos.

En cuanto a los niveles de depresión según el sexo, se encontró que el nivel más alto de este trastorno está presente en los hombres ya que 19 de ellos presentaron los niveles mas graves.

Se encontró correlación significativa entre el nivel de depresión y el estado civil “estado de pareja”, en el cual se puede destacar que 23 participantes habían perdido a su pareja ya sea por separación, divorcio o muerte, presentando así los niveles más graves de depresión en esta población.

Así mismo se destaca que 21 personas que previo a su internamiento trabajaban presentaron los niveles más graves de depresión en comparación con aquellos que reportaron haber sido estudiantes.

En referencia al nivel de depresión y las variables sociodemográficas como el nivel educativo, sustancia y tiempo de consumo, no se encontró ningún tipo de relación.

Finalmente, este estudio confirma que la mayor parte de los internos eran multiconsumidores, el alcohol, la marihuana y cocaína son las drogas de abuso que presentaron los índices más altos de consumo.

RECOMENDACIONES

En este estudio se presentaron algunas dificultades que se deberían tomar en cuenta como el estado psicológico de los participantes antes de la aplicación de la escala, ya que cualquier acontecimiento externo puede sesgar los resultados obtenidos e impedir llegar adecuadamente al objetivo planteado.

Se considera que a pesar que la escala de depresión de Hamilton se la puede aplicar en grupo, estos no deberían ser mayores a diez personas para poder controlar estímulos externos que pueden influir en las respuestas.

Además, sería importante contrastar los resultados con estudios cualitativos que permitan obtener más información sobre las causas de los altos niveles depresivos de los adictos internos en el centro de rehabilitación.

En cuanto al instrumento, antes de su aplicación se debe explicar algunas palabras cuyo significado no es del léxico común de los participantes como introspección o hipocondría.

Finalmente, se recomienda realizar estudios posteriores en los cuales la población sea mayor y se tome en consideración otras variables sociodemográficas que pueden llevar a identificar cuáles son las causas de los altos niveles de depresión.

REFERENCIAS

- Alvarado, A., Gómez, C., Rondón, M. (2016). Revista Colombiana de Psiquiatría, 45 (51), pp. 68-75. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a10.pdf>
- American Psychiatric Associatio. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Panamericana.
- Araujo, G., Clavijo, P. (2016). Ansiedad y depresión en adultos varones Drogodependientes en procesos de Internamiento. (Tesis de pregado, Universidad de Cenca, Cuenca, Ecuador). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25704/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>
- Arbeláez, L. (2017). El síntoma como metáfora co-creada en el sistema familiar. Revista Poiésis, (32), 158-168.
- Arias, M. (2011). Consumo de sustancias y depresión. Revista de la sociedad Gallega de Psiquiatría, 1 (4), pp. 22-27. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5177022.pdf>
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. Revista anales de psicología, 1 (6), pp. 37-58. Recuperado de: https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Bastidas, R., Valdez, J., Segura, I., González, N., López, F., & Rivera, S. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 26 (1), pp. 95-102. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399009>
- Beck, A. (2009). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: Copyright.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2012). Terapia Cognitiva de la depresión. España: Descleed de Brower.
- Borja, S. (2016). Marihuana, Cocaína y Heroína, drogas mas consumidas en el Ecuador. *Telégrafo*. Recuperado de: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/quito/1/marihuana-cocaina-y-heroina-drogas-mas-consumidas-en-ecuador2>



- Bustos, M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el instituto psiquiátrico “Sagrado Corazón de Jesús”. (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5511/T-PUCE-5739.pdf?sequence=1>
- Cobos, M. (2015). Drogodependencia y Depresión en los Adolescentes de la Fundación Jesús Divino Preso (Tesis de pregrado, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador). Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4119/1/114288.pdf>
- Corbín, J. (s.f). Consecuencias del consumo de drogas en tu mente y en el organismo. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/drogas/consecuencias-consumo-drogas>.
- Del Moral, M., Ladero, J., & Lizasoain, J. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencia. Recuperado de: <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>
- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E & Moreno, L. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana Med Milit*, 35(3), pp. 45-48. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm
- Felman, R. (2010). *Psicología con aplicación en habla hispana*. México: Mc Graw Hill.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., & Díaz, N. (2004). Prevalencia de la Depresión y factores asociados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (6), pp. 78-86. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2004.v16n6/378-386/es>
- Guzmán, M., (2015). Conductas Adictivas y Depresión (Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador). Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/4401/1/CD00700-2015-TRABAJO%20COMPLETO.pdf>
- Heredia, S., Morocho, D. (2017). Niveles de Ansiedad y Depreción en Adictos Varones en las Distintas Etapas del Tratamiento (Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador) Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28292/3/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>.

- Hurtado, M., (2013). Análisis de los condicionantes que conllevan a la depresión en usuarios de 14-30 años que asisten ala unidad de salud mental del canton Esmeraldas. (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Catolica del Ecuador, Esmeraldas, Ecuador). Recuperado de:<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/169/1/HURTADO%20CEDEN O%20MAIRA.pdf>
- Londoño, C., & Gonzáles, M. (2016). Prevalencia de la depresión y factores asociadpd en el hombre. Acta Colombiana de Psicología, 29 (2), pp. 315 -329 doi:10.14718/ACP.2016.19.2.13
- Lorenzo P., Laderos M., Leza J., & Lizasoain, J. (2009). Drogodependencia: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación. Madrid: Panamericana.
- Marín, R., Benjet, C., Guilhermeo, B., Alvarado, R., Ayala, M., & Mongragon R. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiatricos en centros residenciales de ayuda mutua para la atencion de las adicciones. Salud Mental, 36 (6), pp. 471 -479. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600004
- Martud, M., Guerrero, K., & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6 (1), pp. 7-21 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760101.pdf>
- Montes, C. (2015). La depresión y su etiología: Una patología compleja. Recuperado de: <https://docplayer.es/14423679-La-depresion-y-su-etilogia-una-patologia-compleja.html>
- Mora, F., & García, P. (2018). La depresión es la comorbilidad mas común en patología dual. Redacción Médica. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/la-depresion-es-la-comorbilidad-mas-comun-en-patologia-dual-2564>

- Moral, M., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L., & Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Psiquiatría.com*. Recuperado de: <http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2011/03/Depresion-y-adiccion.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2014). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>
- Nabona, E. (2017). Los pacientes con depresión abusan frecuentemente del alcohol y otras sustancias. Obtenido de Redalyc: <https://www.centroadiccionesbarcelona.com/los-pacientes-con-depresion-abusan-frecuentemente-del-alcohol-y-otras-sustancias/>
- Ordoñez, M., (2016). Prevalencia de patología dual y factores de riesgo en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Cuenca, abril – diciembre 2016.(Tesis de maestría, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27221>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). La Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Purriño, M. (s.f.) Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galeno de Saúde. Recuperado de: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
- Riofrío, R. (2010). Consumo de drogas en jóvenes de la ciudad de Guayaquil. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, pp 598 - 604. Recuperado de Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a16v18nspe.pdf>
- Rivadeneira, C., Dahab, J., & Minici, A. (2013). El modelo Cognitivo de la Depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual CETECIC*. 22 (19), pp. 1-8 Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/>



- Ruiz, L. (2017). Niveles de depresión en consumidores y no consumidores internos en el establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario de EPMSC.(Tesis de pregrado, Universidad Minuto de Dios, Támesis, Colombia). Recuperado de: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/5149/TP_RuizVanessaLeidy_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Seijas, D., (2014). Adicciones y Depresión en la salud del hombre. *Revista Médica Clínica "Las Condes*, 25 (1), pp. 79- 98. doi:10.1016/S0716-8640(14)70014-8
- Soria, R. (2010). Tratamiento Sistémico en problemas Familiares. Análisis de caso. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (3), pp. 87-103. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22593>
- Slotter, E., Gardner, L., & Finkel, E.(2010). Who am I without you? The influence of romantic breakup on the self-concept. *PubMed*, 36 (2), pp. 60 – 142. doi: 10.1177/0146167209352250
- Torres, M., Mestre, J., Montamari, L., Vicente, J., & Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/933/855>
- Washton, A. (2008). Tratamiento de Problemas de Alcohol y Drogas en la practica Psicoterapéutica. Mexico D,F: Manual Moderno.
- Zarragoitía, A. (2011). Depresión: Generalidades y Particularidades. La Habana: ecimed.



ANEXOS

Anexo 1

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

FECHA: -----

EDAD -----

SEXO -----

LUGAR DE RESIDENCIA Urbana ----- Rural -----

ESTADO CIVIL

Soltero ----- Casado ----- Divorciado ----- Unión Libre ----- Viudo -----

OCUPACION

Estudiante ----- Trabajador ----- Ambas ----- Ninguno -----

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Primaria ----- Secundaria ----- Superior ----- Ninguna -----

SUSTANCIA DE CONSUMO

Alcohol ----- Marihuana ----- Cocaína ----- Otros -----

TIEMPO DE CONSUMO

3 a 6 meses -----

6 meses a 1 año -----

1 a 2 años -----

2 a 3 años -----

3 a 4 años -----

más de 5 años -----

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo 2

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio. (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligeramente retrasado en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	<p>0 1 2</p>



Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2
	3

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Niveles de depresión en adictos internos hombres y mujeres de un centro de rehabilitación de Cuenca.

Investigador(s) responsable(s): Andrea Lazo Crespo

Email(s): veronica.lazoc@ucuenca.ec

Entiendo que la presente información pretende informarme respecto a mis derechos como participante en este estudio y sobre las condiciones en que se realizará, para que el hecho de decidir formar parte de éste, se base en conocer de manera clara el proceso y que me permita tomar dicha decisión con libertad.

En este momento he sido informado del objetivo general de la investigación que es: describir el nivel de salud mental positiva en personas con discapacidad física que practican deporte, de forma que no causarán daños físicos ni psicológicos. Además, que tengo derecho a conocer todo lo relacionado con la investigación que implique mi participación, cuyo proceso ha sido avalado y aprobado por profesionales competentes de la institución a la que pertenecen.

Entiendo que mi identificación en este estudio será de carácter anónimo, con absoluta confidencialidad en práctica de la ética profesional y que los datos recabados en ninguna forma podrían ser relacionados con mi persona, en tal sentido estoy en conocimiento de que el presente documento se almacenará por la persona responsable por el tiempo que se requiera.

He sido informado de que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que consiste en responder un proceder metodológico (Cualitativo o cuantitativo), ya sea de forma individual o junto a un grupo de personas, acordado conjuntamente, con vistas a proteger mi identidad, expresiones y mi comodidad, de modo que puedo decidir, en cualquier momento si así fuera, no contestar las preguntas si me siento incómodo(a) desde cualquier punto de vista. Esta libertad de participar o de retirarme, no involucra ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicación y, que una eventual no participación o retiro no tendrá repercusión en alguna área de mi vida u otro contexto.

Además, entiendo que no percibiré beneficio económico por mi participación, será una participación que aportará, potencialmente, a aumentar el conocimiento científico de la academia.

Al firmar este documento, autorizo a que los investigadores autores de este estudio, así como auditores del mismo tendrán acceso a la información. Consiento, además, que se realicen registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención, para facilitar el avance del conocimiento científico, si fuera necesario. La información que se derive de este estudio podrá ser utilizada en publicaciones, presentaciones en eventos científicos y en futuras investigaciones, en todos los casos será resguardada la identidad de los participantes.

Firma y fecha del participante _____

No. De cédula: _____

Firma y fecha del (los) investigador(es):
